FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1958 N° 936

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

CLAVIER JEAN-CLAUDE

Né le 3 Juillet 1929 à LA TRONCHE (Isère)

Présentée et soutenue publiquement le 4 Novembre 1958

A PROPOS DE 500 CAS DE SINUSITES CHRONIQUES OBSERVEES ENTRE 1955 ET 1958 A CAUTERETS

PRESIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. DEBRAY

R. VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS

1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1958 N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

CLAVIER JEAN-CLAUDE

Né le 3 Juillet 1929 à LA TRONCHE)(Isère)

Présentée et soutenue publiquement le 4 Novembre 1958

A PROPOS DE 500 CAS DE SINUSITES CHRONIQUES OBSERVEES ENTRE 1955 ET 1958 A CAUTERETS

PRESIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. DEBRAY

R. VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

10 - 1 - 60

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A.), BENARD (H.), BROCQ (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.), CHEVALLIER (P.), DEBRE (R.), DONZELOT (E.), GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LAUBRY (C.), LEVY SOLAL (E.), LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY RADOT, PETIT-DUTAILLIS, RICHET (C.), STROHL (A.), TANON(L.).

DOYEN — L. BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR — Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER G.
" (Prof. à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie Pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.P.)
" " (Prof. à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Ed. Physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
" " (Prof. à titre personnel)	BOURLIERE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Institut G.ROUSSY)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
(Beaujon)	SICARD (A.)
(Cochin)	QUENU (J.)
Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu)	PATEL (J.)
(Saint-Antoine	GOSSET (J.)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE

Clinique de Chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MM. GAUDART d'ALLAINES
Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enf. Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Cl.Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales (Boucicaut	LENEGRE (J.)
(Broussais	SOULIE (P.)
(Cochin	JUSTIN BESANCON
(Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
(Pitié	DREYFUS (G.)
(Saint Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Richet)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	de GENNES (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Cliniques obstétricales (Baudelocque)	LACOMME (M.)
(Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enf.Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)

Histoire de la Médecine et de la Chirurgie (Lariboisière)	MM. SEZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et Clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et Médecine préventive	JOANNON (P.)
Hygiène et Médecine préventive (Prof.à titre pers.)	DEPARIS (M.)
Médecine du travail	DESOILLE (M.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
" (Prof. à titre personnel)	LEVY (Melle J.)
Physiologie	BINET (L.)
" (Prof. à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
" " (Prof. à titre personnel	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (M.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LEGER (L.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES

Anatomie	DABROL (C.)
	COUINAUD (C.)
	OLIVIER (G.)
Anatomie Pathologique	Melle GAUTHIER-VILLARD(P.)
	Pr. s. ch.
	MM. BUSSER
	GOUYGOU (Ch.)
	ORCEL (L.)
	PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H
Bactériologie	NEVOT (A.)Pr. s.ch
	BARBIER (P.)
	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	DE GREZ (P.)
	(Pr. s. ch.)
	POLONOVSKI (J.)
	M. conf.

	MM.
Biologie appliquée à l'Ed.Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Cancinologie	DENOIX (P.)
	MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
	Pr. s. ch.
Hématologie	BILSKI-PASQUIER
	DAUSSET (J.)
Histologie	COUJARD (R.)
	Pr. s. ch.
	MAROIS (M.)
	RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.)
	Pr. s. ch.
	Mme CORRE-HURST(L.)
Maladies infectieuses	MM. BASTIN (R.)
	DUPONT (V.)
Médecine Légale	DEROBERT (L.)
	Pr. s. ch.)
	HADENGUE (A.)
	FOURNIER (E.)
	GUENIOT (M.)
	ALBAHARY (C.)
Médecine du Travail	LHERMITTE (F.)
Neurologie	GRANJON (A.)
Obstétrique	HERVET (E.)
	LE LORIER (G.)
	MORIN (P.)
	MUSSET (R.)
	ROBEY (M.)
	TROYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BREGEAT (P.)
	SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.)
	RAMADIER (J.)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
	Pr. s. ch.
	CHABAUD (A.)
Pathologie Chirurgicale	BARCAT (J.)
	BINET (J.P.)
	COUCHOIX (J.)
	CHATELIN(C.L.)

Pathologie Chirurgicale	MM. DUBOST (Ch.)
	DUBOST (Cl.)
	FAUREL (J.)
	FLABEAU (F.)
	GERMAIN (A.)
	LAURENCE (G.)
	agr. per.
	LORTAT-JACOB (J.L.)
	LOYGUE (J.)
	MERCADIER
	PERROTIN (J.)
	ROBERT (H.)
	THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	CROSNIER (J.)
	HARTMANN (L.)
	LOEPER (J.)
	MAURICE (J.)
	RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.)
	BOUR (H.)
	BOUVIER (J.)
	BRICAIRE (H.)
	BRISSAUD (H.)
	BROCARD (H.)
	BUGE (A.)
	CASTAIGNE (P.) M.Conf.
	CATINAT (J.)
	CONTAMIN (F.)
	COURY (C.)
	FREZAL (J.)
	HOUSSET (E.)
	LAROCHE (R.)
	LESOBRE (R.)
	MACREZ (C.)
	NICK (J.)
	PEQUIGNOT (H.) M.Conf.
	ROYER (P.)
	WOLFROMM (R.)
Pédiatrie - Puériculture	JOSEPH (R.)
	MANDE (R.)
	MOZZICONACCI (C.)
	ROSSIER (A.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.)
	LECHAT (P.)

Physiologie	MM. PARROT (J.)Pr.s. ch.
	DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUJEROT (L.)M.Conf. Pr. s. ch.
	KELLERSHOHN
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (S.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHE (D.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.)
	Mme A.CHAPUT,M.Conf.Agr.
	GRELLET (M.)
Thérapeutique	MM. CHASSAGNE (P.)
	LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE (à titre permanent)

Anatomie	MM. DEBEYRE
Clinique Chirurgicale	ABOULKER (P.)
	AMELINE (A.) (Pr.s. ch.)
	HUGUIER (J.)
	OLIVIER (C.)
	PADOVANI (P.)
	POILLEUX (F.)
	ROUX (M.)
	VERNE (J.M.)
Clinique médicale	BOUDIN (G.)
	CONTE (M.)
	DOMART (A.)
	PERRAULT (M.)
	RAMBERT (P.)
	THIEFFRY (S.)
	TURIAF (J.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.)
	LEPAGE (F.)
	MAYER (M.)
	RAVINA (J.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)

Clinique ophtalmologique	MM. OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)
Médecine légale	GAULTIER

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	MM. HAUDUROY ((P.) Pr. s. ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire Général de la Faculté M. LENA (J.)

Secrétaires : Mme BEURLAND (H.), Melle CHAINTREUIL (G.) Melle HURE (A.)

Conservateur en Chef Monsieur le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs Melles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.M.)

Bibliothécaires Mmes CONTET (J.), FORGET (F.)
Melles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Femme

A mes Fils

A mon Père, in memoriam

Son souvenir me reste
un guide et un exemple.

A ma Famille

A Monsieur Jean BERTHOIN

Nous l'admirons depuis toujours.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre attachement et de notre affection.

A Monsieur Paul JALLUT

in memoriam

En témoignage
de fidélité et de reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Ch. DEBRAY

Professeur de la Chaire de Clinique Médicale
d'Hydro-Climatologie Thérapeutique

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la présidence de
cette thèse,

A Monsieur le Docteur André CORONE

Ancien Interne des Hôpitaux de Montpellier
Médecin-Consultant à Cauterets

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse.

En bien des occasions, il nous a témoigné son amitié, nous lui en gardons une profonde gratitude.

Ses qualités humaines et professionnelles sont pour nous un exemple.

A Monsieur le Docteur AUBLANT

Membre de l'Académie de Médecine
Secrétaire Général de l'Institut Pasteur

Il nous a toujours témoigné une bienveillante attention, dont nous le remercions.

Qu'il veuille bien croire en nos sentiments déférents.

A Monsieur le Docteur René MARTIN

Médecin-Chef de l'Hôpital de l'Institut Pasteur

Deux années d'internat passées dans son service nous ont permis de bénéficier de son enseignement et de sa grande expérience ; elles furent les plus importantes de notre formation médicale.

A Monsieur le Docteur Alain GASTON

Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital St-Michel

Pendant notre internat dans son service, nous avons pu apprécier ses hautes compétences et sa probité.

Nous lui restons très redevable.

A Monsieur le Docteur G. GYNESTET

Médecin Général (O.R.)
Chirurgien et Spécialiste des Hôpitaux Militaires
Chef de Service au Centre Médico-Chirurgical Foch

Il nous fait l'honneur de nous admettre dans son service, où nous pouvons admirer ses qualités de très grand chirurgien.

A Monsieur le Docteur Cl. GODDÉ

Otorhinolaryngologiste de l'Hôpital Notre-Dame-du-Perpétuel Secours

Nous terminons notre internat dans son Service, où son excellent enseignement nous est des plus profitables

Nous le remercions vivement de sa bienveillance à notre égard.

A Monsieur le Docteur J. G A N D O N

Otorhinolaryngologiste Assistant de l'Hôpital
N.D. du Perpétuel Secours.

En témoignage de déférente
amitié.

A mes Camarades d'Internat

de l'Hôpital de l'Institut Pasteur

de l'Hôpital Saint-Michel

de l'Hôpital Notre-Dame du Perpétuel Secours

A tous mes Amis

Au cours de quatre années consécutives 1955, 1956, 1957, 1958, il nous a été donné de faire de longs séjours à Cauterets, en pleine saison thermale. Nous avions la possibilité, par la faveur de l'un des consultants de la station, de suivre avec lui sa clientèle et d'en tirer des enseignements qui nous furent fort profitables.

Nous avions là un champ d'observation très étendu quant au nombre des malades et à la variété de la pathologie. Car cette station thermale sulfureuse, dont la ré putation dans le traitement des affections des voies respiratoires, remonte aux temps les plus anciens - certains bains romains en témoignent - traite aussi bien d'autres secteurs de la pathologie.

Nous y avons observé nos malades avec un triple point de vue :

- d'abord comme omnipraticien car ici l'usage n'a pas restreint l'examen du malade à la seule sphère de spécialité ;
- ensuite comme spécialiste O.R.L. ;
- enfin, avec l'optique du thérapeute thermaliste, très modestement d'ailleurs pour notre part car, plus encore dans ce domaine, notre expérience était insuffisante.

Nous avons alors très vite constaté l'importance du nombre de malades porteurs de sinusite chronique. Comme ils étaient nombreux, variés :

- par leurs origines,
- par leur symptomatologie,
- par les traitements subis,

ceci nous a retenu et inspiré cette thèse.

Il ne s'agit pas d'évoquer le traitement crénothérapique des sinusites chorniques, ce n'est pas notre dessein, mais il s'agit plutôt de nos opinions sur ces sinusites, opinions qui se sont établies peu à peu en en examinant un si grand nombre. Elles ne sont certainement pas les mêmes maintenant qu'il y a trois ou quatre ans.

Nous nous sommes convaincus qu'une sinusite chronique ne se restreint pas à ses limites anatomiques, comme une sinusite aiguë, mais qu'elle déborde largement ce cadre et se mêle intimement à toute la pathologie générale.

AVANT PROPOS

Près de 2.500 malades sont passés entre nos mains.

Une forte proportion d'entre eux a été revue deux ou trois fois à un an d'interval. .

2.500 observations ont été dressées sur un modèle constant ; chacune comporte :

1.- Un interrogatoire portant sur les divers appareils, sur l'état général, sur le début de la maladie et l'évolution.

2.- Des schémas et des dessins donnent une vision rapide de l'état du nez, de la gorge, du larynx, des bronches, des poumons, de l'abdomen (foie, estomac), du rachis.

3.- Les comptes-rendus d'examens radiographiques et de laboratoire.

4.- Le résultat de l'examen et les modifications du traitement aux cinq consultations échelonnées normalement pendant la cure.

5.- Le renvoi aux années précédentes s'il y a lieu.

..... TELS SONT NOS MATERIAUX.

.... Notre PLAN comporte :

après l'INTRODUCTION et l'AVANT-PROPOS

- CHAPITRE I.-

Les malades traités pour sinusite à Cauterets.

- CHAPITRE II.-

Etude statistique de ces observations de sinusites et à la suite, reprises dans un chapitre particulier à chaque fois, les constatations que nous inspiraient les paragraphes successifs de cette statistique.

Cela nous a donné :

- CHAPITRE III.-

Propos sur la proportion de sinusites chroniques observées par rapport au nombre total de malades.

- CHAPITRE IV.-

Propos sur les formes anatomiques.

- CHAPITRE V.-

Sur les formes étiologiques.

- CHAPITRE VI.-

Sur les complications ou associations.

- CHAPITRE VII.-

Propos sur les résultats obtenus par la cure thermale.

enfin nos CONCLUSIONS.

CHAPITRE PREMIER

LES MALADES TRAITÉS POUR SINUSITE A CAUTERETS

Ils sont des plus variés :

- par leurs origines :
  - régions,
  - climats,
  - habitation : citadins, ruraux,
  - et même race.
- par leur âge :
  - de l'enfant de 5 à 6 ans au vieillard.
- par la date de début de leur sinusite :
  - de 1 an à 35 ou 40 ans.

Mais ils sont tous des chroniques, présentant constamment des troubles sinusiens ou subissant des poussées de réchauffement périodiques :

- par les thérapeutiques qu'ils ont subies :
  - médicales, dont les traitements les plus récents par :
    - = les antibiotiques,
    - = les hormones.
  - chirurgicales, interventions = partielles,
    = ou complètes.

Certains sont des échecs d'emblée ou des récidives.

D'autres des succès partiels et ils demandent à la cure de les consolider et de les débarrasser de leurs derniers troubles.

  - orénothérapiques : = dans d'autres stations, sulfureuses ou non,
    = à Cauterets même.

De ces diverses thérapeutiques il nous est possible d'en juger les résultats après un recul souvent long et il nous est donné, pour un bon nombre de ces malades, de les suivre plusieurs années de suite.

CHAPITRE DEUXIEME

STATISTIQUE DES SINUSITES CHRONIQUES EN CURE A CAUTERETS

I.- PROPORTION DE SINUSITES SUR LE NOMBRE TOTAL DE MALADES TRAITÉS CHAQUE ANNEE

En 4 ans : 487 sinusites pour 2479 malades = 19,6 %

dont :

- en 1955 : 26 enfants, 86 adultes } 112 sinusites pour 604 malades = 18,5 %
- en 1956 : 30 enfants, 83 adultes } 113 sinusites pour 598 malades = 18,9 %
- en 1957 : 39 enfants, 98 adultes } 137 sinusites pour 663 malades = 20,7 %
- en 1958 : 38 enfants, 87 adultes } 125 sinusites pour 614 malades = 20,3 %

La proportion des sinusites de l'enfance a donc été :

- en 1955 : 23,2 %
- en 1956 : 26,5 %
- en 1957 : 28,4 %
- en 1958 : 30,4 %

Il nous a semblé intéressant de rechercher les observations d'années bien antérieures :

- en 1924 : 3 sinusites pour 245 malades = 1,22 %
- en 1929 : 7 sinusites pour 291 malades = 2,4 %
- en 1934 : 6 sinusites pour 238 malades = 2,5 %

II.- FORMES ANATOMO-CLINIQUES

EN 1955.- TOTAL : 112 Sinusites Chroniques

A.- CHEZ L'ADULTE : 86 CAS

1.- Monosinusites : ..... 24 = 27,9 %

dont 18 sinusites maxillaires
6 sinusites frontales

2.- Polysinusites :

Sinusites antérieures ..... 19 = 22 %

Sinusites postérieures ..... 8 = 9,3 %

3.- Pansinusites : ..... 35 = 40,6 %

B.- CHEZ L'ENFANT : 26 CAS

1.- Monosinusites : ..... 8 = 30,7 %

dont 7 sinusites maxillaires = 26,9 %
1 sinusite frontale

2.- Polysinusites :

Sinusites antérieures 8 = 30,7 %

Sinusites postérieures 2

3.- Pansinusites : ..... 8 = 30,7 %

EN 1956.- TOTAL : 113 sinusites chroniques

A.- CHEZ L'ADULTE : 83 CAS.

1.- Monosinusites : ..... 29 = 34,9 %

dont 22 sinusites maxillaires = 26,5 %
7 sinusites frontales = 8,4 %

2.- Polysinusites : ..... 26 = 31,2 %

Sinusites antérieures : 17 = 20,4 %

Sinusites postérieures : 9 = 10,8 %

3.- Pansinusites : ..... 28 = 33,7 %

B.- CHEZ L'ENFANT : 30 CAS

1.- Monosinusites : ..... 16 = 53,33 %

dont 13 sinusites maxillaires = 43,33 %
3 sinusites frontales = 10 %

2.- Polysinusites : ..... 6 = 20 %

Sinusites antérieures : 5 = 16,66%

Sinusites postérieures : 1

3.- Pansinusites : ..... 8 = 26,66 %

EN 1957.- 137 cas

A.- CHEZ L'ADULTE : 98 CAS

1.- Monosinusites : 28 = 28,5 %

dont 23 sinusites maxillaires = 23,4 %
5 sinusites frontales = 5,1 %

2.- Polysinusites : 33 = 33,6 %

Sinusites antérieures : 20 = 20,4 %

Sinusites postérieures : 13 = 13,2 %

3.- Pansinusites : 37 = 37,7 %

B.- CHEZ L'ENFANT : 39 CAS

1.- Monosinusites : 17 = 43,6 %

dont 11 sinusites maxillaires = 28,2 %
6 sinusites frontales = 15,4 %

2.- Polysinusites : 8 = 20,5 %

Sinusites antérieures : 4 = 10,25%

Sinusites postérieures : 4 = 10,25%

3.- Pansinusites : 14 = 35,9 %

EN 1958.- 125 cas

A.- CHEZ L'ADULTE : 87 CAS

1.- Monosinusites : ..... 31 = 35,6 %

dont 22 sinusites maxillaires = 25,2 %

9 sinusites frontales = 10,4 %

2.- Polysinusites : ..... 29 = 33,2 %

Sinusites antérieures : 19 = 21,8 %

Sinusites postérieures : 10 = 11,4 %

3.- Pansinusites : ..... 27 = 31 %

B.- CHEZ L'ENFANT : 38 CAS

1.- Monosinusites : ..... 10 = 26,3 %

dont 6 sinusites maxillaires = 15,7 %

4 sinusites frontales = 10,6 %

2.- Polysinusites : ..... 13 = 34,1 %

Sinusites antérieures : 5 = 13,1 %

Sinusites postérieures : 8 = 21 %

3.- Pansinusites : ..... 15 = 39,4 %

TABLEAU RESUMANT LES FORMES ANATOMO-CLINIQUES

ADULTES					
	MONOSINUSITES		POLYSINUSITES		PANSINUSITES
	Maxillaires	Frontales	Antérieures	Postérieures	
1955	18 = 20,8 %	6 = 6,9 %	19 = 22 %	8 = 9,3 %	35 = 40,6 %
1956	22 = 26,5 %	7 = 8,4 %	17 = 20,4 %	9 = 10,8 %	28 = 33,7 %
1957	23 = 23,4 %	5 = 5,1 %	20 = 20,4 %	13 = 13,2 %	37 = 37,7 %
1958	22 = 25,2 %	9 = 10,43%	19 = 21,84%	10 = 11,4 %	27 = 31 %

ENFANTS					
1955	7 = 26,4 %	1= 3,84%	8 = 30,7 %	2 = 7,6 %	5 = 30,7 %
1956	13 = 43,33%	3= 10 %	5 = 16,66%	1 = 3,33%	8 = 26,66%
1957	11 = 28,2 %	6= 15,4 %	4 = 10,25%	4 = 10,25%	14 = 35,9 %
1958	6 = 15,7 %	4 = 10,6 %	5 = 13,9 %	8 = 21 %	15 = 39,4 %

III.- FORMES ETIOLOGIQUES

EN 1955.- 112 cas

A.- CHEZ L'ADULTE : 86 CAS

1.- Formes par continuité infectieuses rhinogènes : ..... 56 = 65,1 %

dont 2 opérées par procédé DE LIMA
9 opérées par d'autres procédés.

2.- Formes par continuité infectieuses dentaires : 0

3.- Formes allergiques : ..... 18 = 20,9 %

dont 10 sans polypes,
8 avec polypes
4 opérées.

4.- Formes polypeuses : ..... 12 = 13,9 %

dont 2 opérées.

5.- Formes traumatiques : 0

B.- CHEZ L'ENFANT : 26 CAS

1.- Formes rhinogènes : ..... 15 = 57,4 %

dont 2 opérées.

2.- Formes allergiques : ..... 10 = 38,4 %

sans polypes.

3.- Formes polypeuses : 1

EN 1956 : TOTAL 113 cas

A.- CHEZ L'ADULTE : 83 CAS

1.- Formes par continuité infectieuses rhinogènes : ..... 56 = 67,4 %

dont : 11 opérées
dont 3 par procédé
de DE LIMA
8 par autres.

2.- Formes par continuité infectieuses dentaires : 4

4 dont une opérée

3.- Formes allergiques : ..... 14 = 16,8 %

dont : 9 sans polypes
5 avec polypes
2 opérées

4.- Formes polypeuses : ..... 12 = 14,4 %

dont : 3 opérées
1 par procédé de
DE LIMA
2 autres procédés

5.- Formes trumatiques : 0

B.- CHEZ L'ENFANT : 30 CAS

1.- Formes infectieuses rhinogènes ..... 25 = 83,33 %

2.- Formes allergiques ..... 3 = 10 %

3.- Formes polypeuses ..... 2 = 6,66 %

EN 1957.- TOTAL : 137 cas

A.- CHEZ L'ADULTE : 98 CAS

1.- Formes par continuité infectieuses rhinogènes : 65 = 66,3 %

dont 13 opérées :
4 par procédé de DE LIMA
9 par autres procédés

2.- Formes par continuité infectieuses dentaires : 4 = 4 %

dont 1 opérée

3.- Formes allergiques : 18 = 18,36 %

dont 13 sans polypes,
5 avec polypes,
5 opérées

4.- Formes polypeuses : 10 = 10,2 %

dont 5 opérées
3 par procédé de DE LIMA
2 par autres procédés

5.- Formes traumatiques :

1, où se surajoutent : allergie et polypes

B.- CHEZ L'ENFANT : 39 CAS

1.- Formes rhinogènes : 33 = 84,6 %

dont : 4 opérées
2 par procédé de DE LIMA
2 par autres procédés

2.- Formes allergiques : 5 = 12,82 %

3.- Formes polypeuses : 1

EN 1958.- TOTAL : 125 cas

A.- CHEZ L'ADULTE : 87 CAS

1.- Formes par continuité infectieuses rhinogènes : .... 50 = 57,4 %

dont 8 opérées : 3 DE LIMA
5 autres procédés.

2.- Formes par continuité infectieuses dentaires : 4

dont 1 opérée.

3.- Formes allergiques : ..... 17 = 19, 4%

dont 9 sans polypes
8 avec polypes

4 opérées : 2 DE LIMA
2 autres procédés.

4.- Formes polypeuses : ..... 15 = 17,2 %

dont 3 opérées : 1 DE LIMA
2 autres procédés.

5.- Formes traumatiques : 1

B.- CHEZ L'ENFANT : 38 CAS

1.- Formes infectieuses rhinogènes : ..... 28 = 73 %

2.- Formes allergiques : ..... 7 = 18,4 %

dont 5 sans polypes
2 avec polypes
1 opérée.

3.- Formes polypeuses : ..... 3 = 7,9 %

TABLEAU RESUMANT LES FORMES ETIOLOGIQUES

	FORMES INFECTIEUSES		FORMES ALLERGIQUES		FORMES POLYPEUSES	FORMES TRAUMATIQ.
	Rhinogènes	Dentair.	Sans polyp.	Avec polypes		
ADULTES						
1955	56 = 65,1 % (14 opérées)	0	10	8 = 20,9 % (4 opérées)	12 = 13,9 % (2 opérées)	0
1956	56 = 67,4 % (11 opérées)	1	9	5 = 16,8 % (2 opérées)	12 = 14,4 % (3 opérées)	0
1957	65 = 66,3 % (13 opérées)	4	13	5 = 18,36 % (5 opérées)	10 = 10,2 % (5 opérées)	1
1958	50 = 57,4 % (8 opérée)	4 (1 opérée)	9	8 = 19,4 % (4 opérées)	15 = 17,2 % (3 opérées)	1
ENFANTS						
1955	15 = 57,4 % (2 opérées)	0	10	0 = 38,4 %	1 = 3,8 %	0
1956	25 = 83,33 %	0	3	0 = 10 %	2 = 6,66 %	0
1957	33 = 84,6 % (4 opérées)	0	5	= 12,82 %	1 = 2,5 %	0
1958	28 = 73 % (1 opérée)	0	5	2 = 18,4 % (1 opérée)	3 = 7,9 %	0

IV.- FORMES COMPLIQUÉES ou ASSOCIÉES

(pour faciliter la lecture, nous les présentons de façon schématique)

EN 1955

Complications ou associations de troubles	ADULTES	ENFANTS
Otopathiques	17 = 19,7 %	10 = 33,4 %
Laryngés	8 = 10,4 %	1
Pharyngo-Amygdaliens	17 = 19,7 %	5 = 14,2 %
Bronchiques	19 Br. Chr. 2 D.D.B. = 24,4 %	5 Br.Chr. 1 D.D.B. = 23 %
Pleuro-Pulmonaires	9 = 10,4 %	3
Gastro-Hépatiques	20 = 23,2 %	3
Intestinaux	14 = 16,2 %	5 = 19,2 %
Urinaires	2	1
Rhumatism.& Sciatiques	23 = 26,7 %	R.A.A.
Allergiques	28 = 20,9 %	10 = 38,4 %
Psychiques	1	2
Gynécologiques		
Ophtalmiques		
Cardio-Vasculaires	13 = 15 %	1
Poids, Appétit, Fatigue	5	5 = 19,1 %
Endocriniens (thyroïde en particulier)	3	
Méningés & Encéphaliques		2

EN 1956

Complications ou associations de troubles	ADULTES	ENFANTS
Otopathiques	18 = 21,6 %	11 = 36,66%
Laryngés	12 = 14,4 %	2 = 6,66%
Pharyngo-Amygdaliens	24 = 28,8 %	7 = 23,33%
Bronchiques	14 Br.Chr. 4 D.D.B. = 21,6 %	4 Br.Chr. 3 D.D.B. = 23,33 %
Pleuro-Pulmonaires	5 = 6 %	2 = 6,66 %
Gastro-hépatiques	18 = 21, 6%	3 = 10 %
Intestinaux	11 = 13,2 %	3 = 10 %
Urinaires	5 = 6 %	1
Rhumatism.& Sciatiques	20 = 24 % dont 4 R.A.A.	1 R.A.A.avec souff.
Allergiques	14 = 16,8 %	3 = 10 %
Psychiques	7 = 8,4 %	1
Gyn.écologiques	3	
Ophtalmiques	5 = 6 %	
Cardio-Vasculaires	13 = 15,6 %	1
Poids, Appétit,Fatigue	6 = 7,2 %	
Endocriniens (thyroïde en particulier)		2 = 6,66 %
Méningés et encéphaliques		

E N 1 9 5 7

Complications ou associations de troubles	ADULTES	ENFANTS
Otopathiques	17 = 17,3 %	9 = 23,7 %
Laryngés	15 = 15,3 %	2
Pharyngo-Amygdaliens	17 = 17,3 %	2
Bronchiques	16 Br. Chr. 5 D.D.B. = 21,4 %	5 Br.Chr. 13 D.D.B. = 47,4 %
Pleuro-Pulmonaires	8 = 8 ,1 %	1
Gastro-Hépatiques	24 = 24,4 %	4 = 10,2 %
Intestinaux	7	5 = 12,8 %
Urinaires	1	1
Rhumatism.& Sciatiques	22 = 22,4 % (+++ arthrose vertébrale)	
Allergiques	18 = 18,36%	5 = 12,82%
Psychiques	4	1
Gynécologiques	1	
Ophtalmiques	1	1
Cardio-vasculaires	6	2 dont 1 endocard.
Poids, appétit, fatigue	4	1
Endocriniens (thyroïde en particulier)	2	
Méningés et encéphaliques		

EN 1958

Complications ou associations de troubles	ADULTES	ENFANTS
Otopathiques	11 = 12,64%	5 = 13,1 %
Laryngés	4 = 4,66%	3
Pharyngo-Amygdaliens	12 = 13,7 %	2
Bronchiques	14 Br.Chr. 8. D.D.B. = 25,28%	9 Br.Chr. 8 D.D.B. = 44,6 %
Pleuro-Pulmonaires	6 = 6,85%	1
Gastro-Hépatiques	12 = 13,7 %	4 = 10,5 %
Intestinaux	8 = 9,12%	5 = 13,1 %
Urinaires	2	1
Rhumatism.& Sciatiques	14 = 16 %	3
Allergiques	17 = 19,4 %	7 = 18,4 %
Psychiques	5 = 5,7 %	
Gynécologiques	1	
Ophtalmiques	2	
Cardio-vasculaires	9 = 10,3 %	3
Poids, appétit, fatigue	2	3
Endocriniens (Thyroïde en particulier)		2
Méningés et encéphaliques		

Quels enseignements peut-on tirer de ces fastidieuses statistiques ?

= Ils sont de tous les ordres et notre propos est de les exposer chapitre par chapitre à la suite.

Mais en conservant bien nettement à l'esprit que nous avons observé ces malades en station thermale ce qui reste un caractère particulier et ne nous permet pas dans certains domaines de généraliser nos conclusions.

CHAPITRE TROISIEME

SUR LA PROPORTION DE SINUSITES CHRONIQUES PAR RAPPORT AU NOMBRE TOTAL DE MALADES

Le pourcentage entre les années 1955 à 1958 reste presque constant avec, néanmoins, une légère augmentation de 18,5 % à 20,5 %. Mais cette augmentation se traduit essentiellement dans le groupe des sinusites de l'enfance où la progression est manifeste :

- Pour l'ensemble de nos sinusites de chaque année, nous trouvons :

Année	Sinusites de l'enfance
1955	23,2 %
1956	26,5 %
1957	28,4 %
1958	30,4 %

A quoi devons nous cette augmentation des sinusites chroniques d'enfants ?

- Sans doute, les écoles modernes d'embryologie et d'anatomie ont attiré l'attention sur le développement précoce des sinus chez l'enfant et de ce fait sur leur pathologie.

- Mais il est sans doute d'autres facteurs d'ordre général que nous verrons ensuite.

Par ailleurs, il est tout à fait remarquable de comparer ces pourcentages d'années récentes avec les chiffres d'il y a 25 ou 35 ans :

Dans cette même clientèle, nous retrouvons :

en 1924 : 3 cas de sinusites sur 245 malades, soit 1,22 %

en 1929 : 7 cas de sinusites sur 291 malades, soit 2,4 %

en 1934 : 6 cas de sinusites sur 338 malades, soit 2,5 %

A quoi attribuer cette prodigieuse augmentation ?

- Les lois sociales permettent à plus de malades, quelle que soit leur situation, de se soigner même pour des affections qui ne font qu'entraver leur activité sans les arrêter.

- Les sinusites sont mieux connues, plus facilement dépistées depuis l'augmentation du nombre des actes médicaux, du nombre des spécialistes, depuis la pultiplication des examens complémentaires, radiographiques en particulier.

- D'autre part, le traitement crénothérapique avait-il moins de faveur autrefois pour ce genre d'affection ? Oui, sans doute, car si nous relisons les anciens auteurs, nous retrouvons comme essentiel facteur étiologique des sinusites : l'INFECTION.

La pyosinusite était redoutée et l'on craignait, comme il était logique, de voir les réactions congestives de la cure thermale provoquer des flambées infectieuses que la thérapeutique de l'époque permettait mal de juguler.

- La chirurgie occupait la place de choix et ce sont sand doute ses insuffisances, ses échecs et la modération que l'on apporte maintenant à l'indiquer, surtout quand on craint une allergie, qui font, pour une part, la faveur actuelle du traitement thermal.

Malgré ces réserves, ces raisons, il faut bien admettre l'augmentation manifeste en valeur absolue des sinusites chroniques.

A quels facteurs favorisants attribuer cet état de fait ?

- Ceux de la vie moderne :

  - peu de ruraux dans ces malades surtout des citadins exposés à l'atmosphère de plus en plus délétère des villes.

- augmentation des dérèglements :

  - neurovégétatifs : troubles vaso-moteurs ;
  - humoraux : allergies.

- utilisation peut-être inconsidérée des traitements antibiotiques à doses parfois insuffisantes, qui estompent les signes aigus et laissent évoluer des lésions à bas-bruit vers la chronicité, ou qui, administrés trop tôt, n'ont pas laissé à l'organe le temps de créer ses moyens d'auto-défense et sa propre vaccination pour des attaques ultérieures.

CHAPITRE QUATRIEME

PROPOS

SUR LES FORMES ANATOMO-CLINIQUES

DES SINUSITES OBSERVÉES

Peu de choses à en dire :

Il faut signaler la constance des proportions et nous renvoyons aux tableaux correspondants, en particulier :

- chez l'adulte, où nous remarquons :

  . l'importance du groupe = des pansinusites : de 31 à 40 %
  = des poly et pansinusites

  par rapport aux monosinusites ;

  . et, dans le groupe des monosinusites, la prédominance nette des sinusites maxillaires.

- chez l'enfant, même remarque :

  . importance des poly et pansinusites
  . importance des sinusites maxillaires.

Le sexe ne semble pas ici jouer un rôle particulier.

Les pansinusites se rencontrent plus particulièrement dans les formes les plus anciennes, c'est évident.

CHAPITRE CINQUIEME

PROPOS SUR LES FORMES ETIOLOGIQUES

Nous nous occuperons d'abord des MOINS FREQUENTES dans notre étude :

- Les sinusites par continuité d'origine dentaire :
  - elles sont peu nombreuses.
  - sans doute, en diminution par rapport au passé, certainement du fait des progrès de la stomatologie et du développement des soins dentaires : nous n'en trouvons que 9 en 4 saisons, dont 2 opérées et une où s'ajoutent des manifestations allergiques nettes.

- Les sinusites d'origine traumatique :
  - elles sont, comme nous le savons par ailleurs, de plus en plus fréquentes. Le nombre des traumatisés de la face augmentant sans cesse ;
  - mais les suites de ces sinusites ne sont que rarement du ressort de Cauterets, car la thérapeutique thermale semble beaucoup plus une thérapeutique générale que locale.

Et ceci nous conduit aux formes suivantes, de loin LES PLUS NOMBREUSES :

- Les sinusites par continuité infectieuses rhinogènes ;
- Les sinusites allergiques avec ou sans polypes ;
- Les sinusites polypeuses :
  - sans autre signe d'allergie ;
  - souvent formes mixtes des deux précédentes.

LES SINUSITES INFECTIEUSES RHINOGENES

Le groupe le plus important de notre statistique :

2/3 des cas environ chez l'adulte,

mais pour lequel nous nous sentons un peu mauvaise conscience,

Nous n'avons pu honnêtement les faire entrer dans une autre classification et pourtant, pour la plupart des cas, nous ne pouvons affirmer que l'infection soit toujours le facteur principal de leur évolution de sinusites chroniques :

- en premier lieu, s'il en était ainsi et si l'infection à germes banaux jouait le premier rôle, comment expliquer que la chirurgie associée à l'antibiothérapie n'ait pas suffi à en réduire considérablement le nombre et en stopper l'évolution, comme c'est le cas dans la plupart des maladies infectieuses ; or, ce n'est pas exact ici puisque nous voyons augmenter le nombre des sinusites.

- d'autre part, pour ces sinusites infectieuses, il était classique de craindre le coup de fouet thermal qui active la virulence des germes ; or, si nous avons vu fréquemment ces sortes d'accidents chez des malades infectés :

  = hydroseadénite suppurée,
  = anthrax,
  = otite chronique réchauffée,
  = phlegmon amygdalien,
  = bronchite aiguë,
  = congestion pulmonaire,

  ces poussées violentes de réchauffements, nous les avons observées parmi nos sinusites infectieuses, mais rarement.

- le plus souvent, ces vieilles sinusites dites infectieuses procèdent comme les sinusites allergiques et présentent, au milieu de la cure, une réaction atténuée :

  = obstruction nasale,
  = quelques douleurs,
  = troubles digestifs,
  = asthénie
  = tout au plus légère fièvre,

  mais rien de dramatique faisant évoquer un accident infectieux.

[illegible]

[illegible]

- [illegible]
  - [illegible]
  - [illegible]

- [illegible]
  - [illegible]
  - [illegible]
  - [illegible]
  - [illegible]
  - [illegible]

- [illegible]

- [illegible]

- [illegible]
  - [illegible]
  - [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

FORMES POLYPEUSES

- parfois latentes ;
- parfois, au contraire, avec signes fonctionnels intenses ;
- hormis la présence de ces polypes ne montrant pas d'autre signe d'allergie ;
- faisant suite à des formes infectées ou encore infectées actuellement ;
- elles sont, sans doute, des formes mixtes des précédentes et pour elles on évoque une allergie à point de départ local, bactérienne, vasomotrice ou autre.

Les difficultés que nous éprouvons à déterminer avec précision l'étiologie des sinusites fait assez ressortir la carence de nos notions et la part insuffisante qui est faite habituellement à d'autres facteurs régionaux et généraux constituant le terrain.

Nous ne pourrons pas manquer de l'évoquer dans les chapitres suivants.

CHAPITRE SIXIEME

PROPOS SUR LES COMPLICATIONS
ou
ASSOCIATIONS DES SINUSITES OBSERVEES

Comme pour le reste de cette étude, nous nous sommes astreints à fouiller les antécédents de nos malades, à les dénombrer et à en dresser des tableaux.

Nous faisons aussi remarquer que dans le titre de ce chapitre, nous précisons : COMPLICATIONS ou ASSOCIATIONS, car, s'agissant de sinusites chroniques et de manifestations chroniques, il est difficile d'affirmer les relations de cause à effet.

Nous n'avons que des présomptions, mais la répétition de ces troubles associés, identiques à eux-mêmes chez des sujets très différents n'ayant en commun que leur affection sinusienne, est tout de même évocatrice.

Tout d'abord, nous nous sommes intéressés aux grandes complications dramatiques. Nous n'en avons retrouvé que quelques-unes :

- 2 complications méningées,
- 1 endocardite d'Osler,

ceci chez les enfants, ce qui nous fait dire que si ces complications infectieuses sont rares, elles sont encore à redouter dans l'enfance.

Ceci était la part certaine de l'infection.

- En fait, de ces complications, on ne voit plus guère.

  - pendant ces mêmes années, dans les services hospitaliers où nous étions interne, nous avons eu l'occasion d'en rencontrer, mais en petit nombre ;
  - dans un service de l'Hôpital de l'Institut Pasteur, en 2 ans, pour le grand nombre de méningites que nous avons vues traiter et que nous avons traitées nous-mêmes, très peu étaient à point de départ sinusien ;

- nous avions noté pourtant un cas d'endocardite maligne lente où le germe à pouvoir pathogène atténué, comme c'est le cas dans ces endocardites, retrouvé par hémocultures au cours des décharges bactériehémiques, était le même que celui retrouvé dans les lésions de pansinusite chronique de ce malade. Inutile de dire que le traitement complet et salvateur a compris une intervention de DE LIMA bilatérale ;
- il s'agissait donc encore là d'une forme atténuée, dégradée de l'infection grave par sa localisation, mais non par les manifestations tapageuses de l'inflammation et de la suppuration.

- Par contre, dans les conditions où nous nous trouvions à Cauterets, il nous a été donné de relever toutes ces misères qui ne tuent pas mais empoisonnent la vie du malade atteint de sinusite chronique.

CHEZ L'ENFANT

La sinusite chronique se présente comme une maladie régionale. Elle ne reste pratiquement pas isolée et dans la majorité des cas, nous retrouvons des associations ou complications :

- Les COMPLICATIONS BRONCHIQUES :

  - bronchite chronique
  - D.D.B.

  se retrouvent dans plus d'1/3 des cas (37 % en moyenne sur 4 années)

- Les OTOPATHIES :

  - catarrhe tubaire,
  - otites moyennes aiguës purulentes,
  - otites chroniques
  - bouchons épidermiques, avec D.D.B. et sinusite chronique, constituant le syndrome de MOUNIER-KUHN-GARDERE

- Les TROUBLES DIGESTIFS viennent plus loin derrière :

  - surtout intestinaux, avant foie et estomac.

- Les TROUBLES PHARYNGO-AMYGDALIENS.

CHEZ L'ADULTE

Au contraire, l'évolution ayant souvent été plus longue, les associations restent en proportion aussi importantes dans les secteurs déjà intéressés chez l'enfant, mais s'étendent :

- Les OTOPATHIES :

  • les bronchites et D.D.B. sont un peu moins nombreuses, mais :
  • les troubles hépato-digestifs plus nombreux,

Surtout nous voyons apparaître en grand nombre, près d'un quart, le nombre de malades atteints de :

- LESIONS RHUMATISMALES :

  • peu d'arthrites aiguës inflammatoires, comme dans la maladie de Bouillaud ;
  • nettement plus d'arthroses, de lésions dégénératives, en particulier vertébrales.

Nous les rencontrons aussi bien :

= chez des allergiques,
= chez des malades à sinusite infectieuse ou polypoïde,
= chez de jeunes adultes,

que = chez des gens âgés,

comme s'il existait un parallèle entre SINUSOSE et ARTHROSE (ce rapport que nous faisons remarquer, nous le retrouverons par la suite).

Egalement chez l'adulte :

- Les MANIFESTATIONS PSYCHIQUES : à type de dépression, d'anxiété ne sont pas négligeables.

- Les ASSOCIATIONS ENDOCRINIENNES sont, le plus souvent, thyroïdiennes.

Dans notre statistique, seulement :

- Quelques MANIFESTATIONS OCULAIRES, LACRYMALES et OPTIQUES (dacryo-cystites, névrites optiques au début ...)

CHAPITRE SEPTIEME

PROPOS SUR LES RESULTATS OBTENUS EN CURE A CAUTERETS

Notre intention n'es pas ici de vanter cette thérapeutique par rapport aux autres, de l'attaquer ou de la défendre.

Nous avons simplement et objectivement interrogé, puis examiné les malades que nous avons eu l'occasion de revoir :

= souvent en 2ème cure,
= parfois en 3ème,
= même en 4ème et plus.

Nous avons cherché à savoir en quoi se traduisaient les résultats bons ou mauvais et s'ils pouvaient être une indication pour la compréhension de la pathologie sinusienne.

"A CAUTARES TOUT QUE GUARECH" dit l'adage populaire ;
- tout y guérit -

- les rhamatismes dégénératifs,
- certaines infections gynécologiques : = dysménorrhées,
  = métrites,
- les dermatoses prurigineuses,
- les entérites et les entero-colites,
- l'appareil circulatoire,
- les voies respiratoires ,

ceci pratiquement par les mêmes traitements généraux,avec de petites variantes pour les traitements locaux, avec les mêmes eaux et, il faut le dire, avec les mêmes succès.

Devons-nous supposer que ces eaux possèdent, pour chaque groupe d'affections, une vertu particulière ?

Ou n'est-il pas plus logique de penser que toutes ces maladies ont, au départ, pour une part si faible soit-elle, un DENOMINATEUR COMMUN sur lequel agissent les constantes et invariables propriétés physico-chimiques des eaux ?

Cette notion, si on l'admet, met bien en évidence l'importance du facteur "TERRAIN" et explique les succès de la cure thermale qui agit sur l'organisme dans son ensemble et,au travers de cet ensemble,influe sur les fonctions de certains organes.

Ceci est vrai car à Cauterets nous avons vu traiter les sinusites par des traitements locaux, bien sûr, mais surtout en modifiant tous leurs équilibres préétablis :

- en agissant, grâce à la boisson et l'hydrothérapie :

  . sur leur T.A.,
  . sur leur pouls,
  . sur leur diurèse,
  . sur leur transit intestinal,
  . sur l'ensemble de leur système vago-sympathique ;

- modifiant de façon discrète évidemment, si le praticien est adroit :

  . la plupart des métabolismes,
  . l'état physiologique des tissus et organes .

A une époque où l'on parle de plus en plus, à côté des sinusites infectieuses, de :

= sinusites métaboliques,
= sinusoses,
= sinusites vaso-motrices,
= allergie sinusienne,

cette notion semble beaucoup plus importante que l'adage ; "le pus appelle le soufre", en raison duquel les sinusites chroniques étaient, autrefois, adressées en cure thermale sulfureuses.

QUELS RESULTATS avons nous observés ?

Nous ne tenons pas compte des malades que nous n'avons vus qu'une saison et dont nous ne pouvons juger.

CHEZ LES ENFANTS :

- En 4 années, nous avons eu 133 observations sur lesquelles nous avons revu :

  . 61 cas = + de 45 % pour une 2ème cure ,

  dont . 13 cas = près de 10 % sont revenus pour une 3ème cure.

Ce groupe de malades fidèles était, évidemment, en grande majorité, composé de résultats favorables ou très favorables.

Ils se décomposent ainsi :

- ces enfants se recrutaient parmi toutes les formes cliniques envisagées :

  = allergiques,
  = infectieuses,
  = polypeuses.

- chez ces enfants, pour lesquels nous disions dans le chapitre des associations que leur sinusite chronique est une maladie loco-régionale, les résultats de cure le confirmaient :

  . car, s'il y avait une amélioration de la sinusite chronique avec, dans certains cas, négativation des signes radiologiques d'une année à l'autre,

  , on voyait en même temps s'améliorer, pour certains :

  = bronches,
  = gorge,
  = larynx,
  = oreilles.

  pour d'autres, débordant le cadre régional :

  = disparition des crises de foie,
  = ou de l'insuffisance hépatique,
  = développement staturo-pondéral.

CHEZ L'ADULTE :

- Plus de 35 % (126 sur 354) sont revenus au moins une fois et ont fait 2 cures.

- 24 = 6,7 % en ont fait au moins 3, parmi lesquels 10 sont revenus de 4 à 7 fois en 4 à 20 ans.

Dans l'ensemble, ces malades ont réagi favorablement, mais il est à remarquer :

. qu'ils reviennent proportionnellement moins nombreux que les enfants ;

. on y rencontre aussi plus d'échecs ou de résultats partiels.

Tous les groupes étiologiques y sont bien représentés.

Et là, à notre traitement pour sinusite chronique, nous avons vu les résultats les plus variés :

I.- Certains malades étaient AMELIORES DANS PLUSIEURS DOMAINES à la fois

Leur sinusite va mieux, en particulier certains ont retrouvé leur odorat disparu depuis plusieurs années et, en même temps, s'améliorent :

- Les associations REGIONALES de la sinusite :
  - oreilles,
  - bronches,
  - larynx,
  - gorge ;

- Ou plus LOINTAINES :
  - arthrites,
  - troubles intestinaux : = constipation moindre,
    = diarrhée rebelle arrêtée,
  - troubles hépato-digestifs,
  - aérophagie,
  - troubles cardio-vasculaires : = palpitations.

- Les manifestations ALLERGIQUES, associées dans certains cas :
  - allergies digestives,
  - asthme,
  - éruptions : = eczéma,
    = urticaire,
    = dermites de contact.

- L'ETAT GENERAL :
  - arrêt d'amaigrissement,
  - reprise de force.

- ETAT PSYCHIQUE : meilleur.

II.- Dans d'autres cas PHENOMENES DE BASCULE :

. allergiques : révélateurs quelquefois d'une allergie méconnue à ce jour ;

. ou non.

- La sinusite va mieux, mais sont apparues :

1.- Des douleurs rhumatismales ou

des douleurs lombo-sciatiques,

comme tel de nos malades qui, en guise de réaction thermale, se mit à souffrir de lombalgie et sciatalgie.

2.- Des éruptions : = prurigineuses,
= des érythèmes.

III.- Ou bien encore les RESULTATS MEDIOCRES sur la sinusite et bien MEILLEURS sur les associations.

Tout ceci nous paraît confirmer l'interdépendance de la maladie sinusienne avec d'autres points faibles de l'organisme.

Et il nous semble qu'avec le temps l'importance du facteur infectieux local, souvent déterminant au départ, s'estompe, en laissant derrière lui des désordres d'autre nature, portant sans doute aussi bien sur :

= l'innervation
= la vascularisation de la muqueuse,

que sur : = les secrétions et le drainage.

CONCLUSIONS

De l'étude de ces 487 cas de sinusites chroniques observées à Cauterets en 4 ans, il ressort que :

I.- Depuis 30 ans, le nombre de sinusites chroniques traitées dans cette station a considérablement augmenté et plus particulièrement les formes de l'enfance.

II.- Il semble que les sinusites vieillies, quelle que soit leur origine, évoluent moins comme de simples foyers infectieux que comme une manifestation de la maladie allergique.

III.- Chez les malades suivis plusieurs années, on constate fréquemment des phénomènes de basoule entre localisation sinusienne et :

. manifestations cutanées,
. ou arthropatiques.

IV.- De nos jours, les complications dramatiques de Sinusite chronique sont rares ; nous n'en avons compté que 3 sur 487 cas.

Les complications les plus fréquemment observées par nous sont :

- chez l'enfant : = otopathies,
  = dilatation des bronches ;
- chez l'adulte : = ce sont les mêmes et
  = en outre, les arthropathies dégénératives.

V.- Les sinusites chroniques les mieux améliorées par la cure thermale illustrent encore la loi selon laquelle elle doit être appliquée le plut tôt possible, quand on a choisi ce traitement.

Enfin, il nous semble important de considérer, face à cette pathologie complexe, le rôle du spécialiste Oto-Rhino-Laryngologiste. Il doit être médecin et médecin complet, avant même d'être spécialiste, justement, pour exercer convenablement sa spécialité. Ceci est bien dans l'esprit de l'Ecole Française, comme le rappelait l'un de nos amis dans sa thèse consacrée à ce problème.

Pourtant, la tradition a rétréci d'une manière excessive les limites de son examen clinique en clientèle.

C'est un courant qui nous semble imprimé par cet esprit de codification, de systématisation à outrance qui nous est préjudiciable.

Puisqu'il en est ainsi, il nous semble capital de réaliser une symbiose étroite entre le spécialiste O.R.L. et ses confrères omnipraticiens, et spécialistes d'autres branches.

Ainsi, il est possible d'utiliser, après l'esprit d'analyse, l'esprit de synthèse qui caractérise notre culture et de laisser à tout médecin, spécialiste ou non, le droit de soigner non pas UN CAS, mais UN HOMME, son semblable.

S'il est vrai, comme l'enseigne la théorie Platonicienne, que nous ne connaissons pas mieux l'essence des choses qu'un homme enfermé dans une caverne ne connaît le monde s'il ne voit que les ombres projetées sur le seuil, nous avons voulu, alors, nous-même, sortir un peu de notre caverne et nous espérons avoir entrevu un peu de lumière .....

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le RECTEUR de l'ACADEMIE de PARIS :

L J. S A R R A I L H

Le DOYEN de la FACULTE de MEDECINE de PARIS :

L. B I N E T

Le PRESIDENT de la THESE :

Ch. D E B R A Y

BIBLIOGRAPHIE

1.- GOT
Sur quelques cas de sinusite observés à Cauterets,
In Journée de Médecine de Bordeaux, 1922.

2.- PIETRANTONI
Crenotherapia della sinusiti maxillari.
Societas O.R.L. Latina, Congrès de Catane, 1931.

3.- ROUVIERE
Anatomie humaine descriptive et topographique ,I tête et cou.
Masson Editeur.

4.- FLURIN
Crénothérapie des sinusites
Pratique Médicale Française 1932.

5.- FLURIN & VIALLE
L'O.R.L. thermale et climatique
Exp. sc. Franç. 1931.

6.- ESCAT
Indications et contre-indications techn. de la cure sulfurée sod. dans les rhinopathies et s. chroniques.
Ann. du lab. D'ax-les Th. 1936.

7.- LERMOYEZ
Les affections O.R.L. 1911.

8.- MARTIN René.
Comment traiter par les antibiotiques.

9.- MASPETEIOL R., FLEURY P.
Les antibiotiques en O.R.L.
Gaz.Méd. de Fr. 60 n° 23.

10.- DECHAUME H.
Précis de Stomatologie
Masson Editeur.

11.- BRUNNER
Les sinusites maxillaires d'origine dentaire.
Thèse Montpellier 1955.

12.- AUBRY et FREIDEL
Chirur. de la face et de la région maxillaire faciale.
Masson.

13.- MAUBERT
Contribution à l'étude des sinusites maxillaires d'origine traumatique.
Thèse Montpellier 192 n° 100.

14.- GYNESTET G. et DEPUIS
Complic. des Trauma. des Sinusites.
In Encycl. Med. Chirur. O.R.L. 20480 C 10.

15.- TERRACOL J. et CAMPS F.
Infect. des cavités aérées annex. aux Fosses nasales.
Sinusites aiguës et chroniques in Ency. M. Chir. O.R.L. 20.430 A 10, B 10 -
Sinusites de l'enfance 20.440 A 10, 20.441 A 10.

16.- LEMARLEY
O.R.L. infantile
Masson Paris 1933.

17.- TERRACOL J.
Les sinusites de l'enfance
Rapport au 43ème Congrès O.R.L. 1948.

18.- CORONE A.
La plupart des sinusites vieillies deviennent des S. Allerg.
Cong. de la societas latina O.R.L. Sarragosse 1952.

19.- BOURDIAL, ANDRE et CLERC
L'allergie naso-sin.
Cong. Fr. O.R.L. 1951.

20.- PASTEUR-VALLERY-RADOT, HAMBURGER, LHERMITTE
Path. Med. II . Maladies allergiques, os et articulations
Flammarion 1949.

21.- BOUDIAL
Polypose naso-sin.
In E.M.G. O.R.L. 20.395 A 10

22.- TAILLENS J.P.
Polypose nasale, la valeur de son éosinophilie sang. dans les ind. opérat. de sa thérap. sinusale chir.
Revue laryngo. Janv.-Févr. 1952.

23.- AUBIN A., MARTIN R., SUREAU et ARAMBOURG
Le traitement des sinusites maxil. aiguës et chr. par la Chloromycétine.
Ann. O.R.L. Janv. 54 1 36-45.

24.- REBATTU et MOUNIER-KUHN
Asthme et voies supérieures.
Rapp. au 2ème Congrès Int. de l'asthme. Le Mont-Dore, Juin 1950.

25.- AUBRY et LEMARIEY
Infect.descend. d'origine nasale
In Précis O.R.L. Masson Edit. 1949.

26.- SOULAS et MOUNIER-KUHN
Dilatat. bronchique
In bronchologie Masson 1949

27.- LEMAITRE
Complic. Oculo Orbit. des sinusites
Rapport Sté Fr. d'O.R.L. 1921.

28.- BOURSON P.A.
A propos de certains aspects de l'O.R.L. dans ses rapports avec d'autres disciplines médicales.
Thèse Paris 1956.